

مقایسه پریشانی اخلاقی و ناگویی خلقی در پرستاران مرد و زن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۱۷

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش پریشانی اخلاقی و ناگویی خلقی در پرستاران مرد و زن منطقه ۶ تهران بود. **روش کار:** جامعه پژوهش را کلیه پرستاران بیمارستان‌های منطقه ۶ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. با استفاده از شیوه اکتشافی و استناد به پژوهش‌های مشابه و سابق، حجم نمونه برابر ۶۰ نفر (۳۰ نفر پرستار زن و ۳۰ پرستار مرد) شد که به روش تصادفی ساده انتخاب و در گروه‌ها گنجانده شدند. ابزارهای پژوهش شامل آشفته‌گی اخلاقی هامیلینزیک و همکاران و ناگویی خلقی تورنتو بود. داده‌های به دست آمده در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های پراکندگی، فراوانی و نمودار و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین پریشانی اخلاقی و ناگویی خلقی در پرستاران مرد و زن در سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ تفاوت معنی دار وجود داشت. میانگین گروه پرستاران مرد در مؤلفه‌های پریشانی اخلاقی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین گروه پرستاران زن بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتیجه داده‌ها تفاوت در متغیرهای روانشناختی مانند پریشانی اخلاقی و ناگویی خلقی در پرستاران مرد و زن منطقه ۶ تهران وجود دارد و بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

کلمات کلیدی: پریشانی اخلاقی، ناگویی خلقی، پرستاران.

سبیمه علی محمدی لیله کوهی^۱

زهره فروغی کلدره^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران. (نویسنده مسئول)

نویسنده مسئول: زهره فروغی کلدره، استادیار، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

Email: foroughi1399@gmail.com

مقدمه

پرستاران به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات نظام سلامت، لازم است که از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بوده تا بتواند به بهترین شکل مطلوب به مددجویان خدمات ارائه دهند. اما این شغل تنش های بسیاری را دارد. تنش شغلی به عنوان یک مساله جهانی، مشکل هر یک از کارکنان در هر سطحی از سازمان است (۱). از دیدگاه سلیه، مقدار مشخصی از تنش برای تحریک و ایجاد انگیزه در رسیدن به هدف مفید است، اما عدم توازن زیاد بین تقاضا و توانایی ها موجب وضعیتی با نام تنش و یا پریشانی روانی می گردد پرستاران با طیفی از چالش های اخلاقی در بالین برخورد می نمایند، در نتیجه این گروه، پریشانی های اخلاقی را تجربه خواهند نمود (۲). افزون بر آن، در جایگاهی که پرستاران به عنوان یک گروه از کارکنان درمانی مورد استفاده قرار گیرند یا صدای آنها شنیده نشود و به حاشیه رانده شوند این احتمال وجود دارد که دچار ناتوانی شده و به این سو تشویق شوند که از مسئولیت های اخلاقی خود کنار گیرند و متعاقباً گرفتار پریشانی های اخلاقی شوند (۳).

پریشانی، نوعی زجر جسمی و روانی است که یک فرد به دنبال مواجهه با تناقض دچار آن می شود. پرستاران هنگامی دچار پریشانی اخلاقی می شوند که در شرایطی قرار گیرند که به عملکرد درست اخلاقی اشراف داشته باشند ولی تحت شرایط موجود امکان عملکرد درست برای آنها میسر نباشد (۴). این حالت جدا از علل آن پرستار را با تناقض روبرو می کند که از یک طرف معتقد به انجام عملکرد درست بوده از سویی نمی تواند به نتایج اخلاقی مدنظرش دست پیدا کند، بروز این شرایط با توجه به شدت چالش و همچنین ویژگی های شخصیتی افراد متفاوت است. طبق تحقیقاتی که صورت گرفته این وضعیت بیشتر در بخش هایی که پرستاران با مراقبت های حاد سر و کار دارند دیده می شود. پریشانی اخلاقی می تواند به عنوان یک عامل بازدارنده و محدود کننده برای رفتار بر پایه معیارهای اخلاقی پرستاران عمل کند، همچنین پریشانی می تواند باعث ایجاد استرس، نارضایتی و افسردگی در پرستاران و افت کیفیت مراقبت در بیماران شود (۵).

واقع امر آن است که پریشانی اخلاقی بر ارزش های حرفه ای پرستاران اثرات منفی بر جای می گذارد و همچنین یکپارچگی حرفه ای پرستاری و در نهایت کیفیت مراقبت از بیمار را به مخاطره می اندازد (۶). پریشانی اخلاقی یکی از چالش های اخلاقی مطرح در حرفه پرستاری است و به عنوان پدیده ای شناخته میشود که مانع از عملکرد صحیح اخلاقی افراد، علیرغم دارا بودن دانش لازم میشود. این امر میتواند تبعات فردی و حرفه ای متعددی، نظیر مشکلات جسمی و روحی برای پرستاران، ترک شغل و عدم رضایت حرفه ای و همچنین خسارت های مادی و معنوی سازمانی به دنبال داشته باشد (۷).

جامیتون چالش های اخلاقی در بیمارستان ها را از جمله دلایل ترک شغل پرستاران می داند و یکی از مهمترین این چالش ها را پریشانی اخلاقی معرفی می کند و در تعریف آن بیان می دارد: پریشانی اخلاقی زمانی روی می دهد که پرستار می داند چه کاری درست است، اما محدودیت های سازمانی و بالادستی، انجام کار درست را غیرممکن می سازد (۸). این معضل اخلاقی پیامدهای منفی متعددی از جمله، خشم، ناامیدی، ناراحتی و احساس بی پناهی برای پرستار به دنبال دارد (۹، ۱۰، ۱۱). مطالعات نشان می دهند پریشانی اخلاقی در حرفه پرستاری مشکلی رو به رشد است، چرا که پرستاران نه تنها در صف اول ارائه خدمات در ساختار سلامت قرار دارند، بلکه امروزه به واسطه پدیده انفجار اطلاعات، پیشرفت های تکنولوژی و فناوری، سیاست های تصمیم گیری در حرفه و استخدام آنان، ساختارهای مدیریتی، سختی کار مراقبت و محدودیت های موجود در حرفه پرستاری، از جمله کمبود پرستار و دیگر موارد، متحمل فشارهای روانی مضاعفی هستند که بر تصمیم گیری های اخلاقی آنان تاثیر گذاشته است (۱۲). پریشانی اخلاقی می تواند موجب کاهش همکاری سازمانی و در نتیجه کاهش کیفیت مراقبت از بیماران، کاهش رضایتمندی در محیط ترک شغل، به افزایش طول بستری بیمار، افزایش نیاز به مداخلات درمانی و افزایش هزینه شود که در نهایت موجب ارائه مراقبت

شغلی، فرسودگی ضعیف و آسیب به اعتبار سازمان می شود (۱۳). شدت پریشانی اخلاقی با تخصصی شدن وظایف پرستاری و افزایش مسئولیت آنان در مراقبت از بیماران بدحال افزایش می یابد (۱۴). پریشانی اخلاقی پیامدهای بسیاری دارد که این پیامدها می تواند روی پرستار، بیمار و خانواده و سیستم بهداشتی تأثیرگذار باشد و منجر به عواقب مهم جسمی، روحی و اقتصادی شود (۱۵).

ویلیکسون پریشانی اخلاقی را نشانه عدم تعادل روانشناختی و حالتی از احساسات منفی می داند که در آن تصمیم اخلاقی فرد منجر به عمل اخلاقی نمی شود (۱۶). در مطالعات انجام شده توسط اشکتراب و واعظی (۱۷) میانگین فراوانی پریشانی اخلاقی در پرستاران بین ۲/۹۹ الی ۳/۵۵ از ۴ و همچنین میانگین شدت پریشانی اخلاقی بین ۲/۶۵ الی ۳/۷ از ۴ گزارش شده است و این میزان در بخش های مختلف از فراوانی یکسانی برخوردار نیست. در ادبیات پرستاری پریشانی اخلاقی به عنوان یک مشکل اساسی شناخته شده که پرستاران در کلیه سیستم های مراقبتی با آن مواجه هستند، بنابراین ارائه مراقبت در محیط های بالینی برای پرستاران، همراه با پدیده پریشانی اخلاقی است (۱۸ و ۱۹) از نظر آسیب شناسی، پریشانی اخلاقی در پرستاری، هنگام ایجاد می شود که با وجود شفافیت در قضاوت های پرستاران بیان دغدغه های آنان در این خصوص با دشواری هایی همراه است، به گونه ای که به بحث نمودن پیرامون این دغدغه ها برای آنان بسیار چالش برانگیز است (۲۰). در این میان آمارها حکایت از سطوح بالای پریشانی اخلاقی در کارکنان پرستاری دارند، به طوری که نتایج مطالعه ای در ایالات متحده آمریکا بیانگر آن بود که ۵۰ درصد از ۲۹۰ پرستار تحت بررسی، پریشانی اخلاقی را در محیط کار گزارش کرده اند (۲۱). پریشانی اخلاقی از موانع دسترسی به اهداف سیستم های اجتماعی به ویژه سیستم بهداشت و درمان می باشد و بیش از سه دهه است که به دلیل نگرانی فزاینده ای که در مورد آن وجود دارد، مرکز توجه پژوهشگران بسیاری است (۲۲، ۲۳).

چه در شرایط عادی و چه در بحران ها، پرستاران در خط مقدم ارائه خدمات بهداشتی- درمانی هستند و وظیفه مراقبت جامعه از

انواع بیماران را دارند. به دلیل تنوع وظایف، آنها نقش مهمی در سیستم های درمانی- بهداشتی دارند. در بحران ها، پرستاران وظایف بیشتری برای جلب رضایت بیماران و خانواده هایشان دارند، بنابراین پرستاران باید مجهز به دانش و مهارت های اساسی مدیریت بحران، ضد عفونی کردن، قرنطینه، ارتباطات، تریاژ، پشتیبانی روانشناختی و مراقبت های تسکینی می باشد. مطالعات نشان داده دو عامل موثری که بر سلامت روان و به دنبال آن بر کیفیت زندگی موثر هستند ناگویی هیجانی و تحمل پریشانی است. مفهوم سازی های کنونی، ناگویی هیجانی را به عنوان یک نقص صفتی در فرایند های شناختی هیجانی معرفی می کند که مربوط به فهم و ادراک حالت ذهنی است (۲۴).

کاهش ابراز هیجان اساساً بیانگر نوعی فقدان یا بدتنظیمی هیجانات است. به همین صورت آسیب در ظرفیت های پردازش هیجانی و تنظیم هیجانی مبتنی بر ناتوانی هیجانی ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای انواع بیماری های پزشکی و روان پزشکی از جمله اختلالات سایکوتیک باشد. افراد مبتلا به ناتوانی هیجانی، تهییج های بدنی بهنجار را بزرگ می کنند و نشانه های بدنی انگیزشی هیجانی را بد تفسیر می کنند. اعتقاد بر این است که ناتوانی هیجانی عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روان پزشکی است زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته های جسمانی هیجانی هستند که به کلام در نمی آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانات شده، سازگاری موفقیت آمیز را دشوار می سازد و افراد مبتلا به آلکسی تایمیا برای بیان احساساتشان دست به فعالیت های غیر کلامی مخربی می زنند. رفتارهایی نظیر پاره کردن، شکستن اشیاء، الکل نوشی و مصرف مواد مخدر مثال هایی از یکنوع فعالیت ها هستند (۲۵).

ناگویی هیجانی، سازه ای است که برای اولین بار توسط سیفئوس^۱ مطرح شد و عبارت است از ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانات. ناتوانی هیجانی یا آلکسی تایمیا از ترکیب دو لغت Lexis (بیان کردن) و Thymos (احساسات) تشکیل شده است و به معنای فقدان ابراز

¹ Sifneos 1973

احساسات است. این سازه متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت گیری فکری بیرونی می باشد. به دلیل اهمیت الکسی تایمیا در بهداشت روانی و جسمی افراد و کمبود مطالعات صورت گرفته در حوزه همه گیرشناسی آن، به خصوص در داخل کشور و یافته های متناقض گزارش شده در حیطه شیوع و شدت آن در بین دو جنس، پژوهش حاضر درصدد است تا به بررسی الکسی تایمیا و مؤلفه های آن بپردازد. بر اساس نتایج پژوهش های انجام شده توسط بشارت و همکاران افراد دارای ناگویی هیجانی، در موقعیت های پرتنش در تنظیم احساسات خود با مشکلاتی مواجه هستند که به طور مستقیم فرد را مستعد اختلال های مربوط به ناتوانی در تنظیم احساسات می کند (۲۶). در برخورد با شرایط محیطی، حالت دفاعی و عقب نشینی دارند و نمی توانند به صورت فعال و کارآمد هیجانات خود را مدیریت کنند (۲۷) ناگویی هیجانی به یک سبک شناختی - عاطفی اشاره دارد که نتیجه آن اختلال خاص در بیان و پردازش هیجانات است. ناگویی هیجانی به دشواری در خودنظم بخشی هیجانی و به عبارت دیگر، به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و نظم دهی هیجان ها نیز گفته می شود (۲۸).

تحقیقات اخیر نشان می دهد ناگویی خلقی اثرات منفی بر روی بهزیستی روان شناختی و هیجانی می گذارد و عوامل خطر ساز در ابتلای افراد به پریشانی هیجانی، مشکلات روانشناختی و تشخیص عدم سلامت ذهنی است (۲۹،۳۰). سوال اصلی اینجاست، که آیا در متغیر پریشانی اخلاقی و ناگویی هیجانی بین پرستاران مرد و زن، تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف آن، از نوع کاربردی و برحسب نحوه گردآوری داده ها از نوع علی - مقایسه ای بود. جامعه آماری کلیه پرستاران زن و مرد شاغل در بیمارستان های دولتی و خصوصی منطقه ۶ تهران بودند. حداقل حجم نمونه برای پژوهش های علی - مقایسه ای را ۳۰ نفر در نظر گرفته می شود و با استناد به پژوهش های گذشته، در پژوهش فعلی حجم نمونه ۶۰ نفر شامل دو گروه ۳۰ نفره (گروه اول پرستاران زن و گروه

دوم پرستاران مرد) بود. روش نمونه گیری هدفمند، از پرستارانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، بود. ابزار استفاده شده از پژوهش عبارت بود از:

پرسش نامه آشفتگی اخلاقی همزیک و همکاران (MDS-R) پرسش نامه اولیه آشفتگی اخلاقی MDS توسط کورولی، الویک، گورمن و کلور در سال ۲۰۰۱ در ۳۸ گویه ساخته شد، سپس پرسش نامه اصلاح شده آشفتگی اخلاقی MDS-R توسط همزیک، بورچرز و اپستین در سال ۲۰۱۲ برای پرستاران طراحی و بررسی شد که دارای ۲۱ گویه می باشد. در ایران این ابزار توسط عرب و برزگری در سال ۱۳۹۳ به فارسی ترجمه و مورد اعتباریابی قرار گرفت که نهایتاً ۳ گویه آن حذف و به ۱۸ گویه تقلیل یافت. کورولی، الویک، گورمن و کلور در سال ۲۰۰۱ برای نسخه ۲۱ گویه ای پرسشنامه آشفتگی اخلاقی MDS-R روایی محتوایی آن را سنجیدند و همبستگی این ابزار را با تجارب چندین ساله پرستاران ۰/۲۲ و جو اخلاقی سازمان ۰/۴۰ - به دست آوردند و یا برای بدست آوردن پایایی آن، از آلفای کرونباخ استفاده گردید که پایایی کل پرسش نامه ۰/۸۹ به دست آمد و در در پژوهش عرب و برزگری جهت تعیین روایی ظاهری و محتوایی پرسش نامه، نخست به تایید اساتید خبره رسید، سپس برای بدست آوردن پایایی آن، از آلفای کرونباخ استفاده گردید که پایایی کل پرسش نامه ۰/۷۵ به دست آمد که بیانگر پایایی مناسب این پرسش نامه است.

پرسش نامه استاندارد ناگویی خلقی تورنتو (TAS-20) مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو یک آزمون ۲۰ سوالی است و ۳ زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را شامل می شود. نمره گذاری پرسش - نامه براساس طیف لیکرت ۵ درجه ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده و بررسی می شود. ویژگی های روانسنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو در پژوهش های متعدد بررسی و تایید شده است. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات ۰/۸۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر عینی ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه

همسانی درونی خوب مقیاس است. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی هم برحسب همبستگی بین زیرمقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت.

نتایج

در بررسی توصیفی شرکت کنندگان در پژوهش نتایج نشان داد که ۳۰ زن پرستار در پژوهش ۵ زن معادل (۱۶,۷٪) سن ۲۰ تا ۲۹ سال، ۱۶ زن (۵۳,۳٪) سن ۳۰ تا ۳۹ سال، ۵ زن (۱۶,۷٪) سن ۴۰ تا ۴۹ سال و ۴ زن (۱۳,۳٪) ۵۰ سال به بالا اظهارنظر نموده اند.

همچنین نتایج نشان داده است که از ۳۰ پرستار مرد در پژوهش ۸ مرد معادل (۲۶,۲٪) سن ۲۰ تا ۲۹ سال، ۱۸ مرد (۶۰٪) سن ۳۰ تا ۳۹ سال، ۳ مرد (۱۰٪) سن ۴۰ تا ۴۹ سال و ۱ مرد (۳,۳٪) ۵۰ سال به بالا اظهارنظر نموده اند.

در جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها شامل میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده اند. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. در جدول نتایج این آزمون برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها گزارش شده اند.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه پرستاران مرد و زن

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	p
دشواری در شناسایی	مرد	۲۱/۸۰	۳/۱۸	۰/۹۲	۰/۱۸
احساسات	زن	۱۷/۰۱	۴/۵۰	۰/۹۱	۰/۱۱
دشواری در توصیف	مرد	۲۱/۰۳	۴/۲۴	۰/۹۵	۰/۶۰
احساسات	زن	۱۸/۳۷	۳/۷۰	۰/۹۳	۰/۲۹
تفکر عینی	مرد	۲۲/۵۰	۳/۴۸	۰/۸۹	۰/۰۶
	زن	۱۶/۸۳	۳/۶۵	۰/۹۴	۰/۳۸
پیشانی اخلاقی	مرد	۳۷/۸۳	۱۲/۶۴	۰/۹۱	۰/۱۰
	زن	۳۰/۴۲	۱۷/۱۲	۰/۹۱	۰/۱۱

با توجه به جدول ، آماره آزمون شاپیرو-ویلکز در دو گروه متغیرهای پژوهش معنی دار نبود. لذا توزیع متغیرها در دو گروه نرمال بود.

در بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه پیشانی اخلاقی پرستاران مرد و زن منطقه ۶ تهران با هم متفاوت است، از تحلیل

کوواریانس چند متغیری یک راه استفاده شد. برای بررسی اینکه آیا پرستاران مرد و زن در مؤلفه پیشانی اخلاقی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس یک راه گزارش شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس یک راه تفاوت گروه پرستاران مرد و زن در مؤلفه پیشانی اخلاقی

مؤلفه	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	p	اندازه اثر
پیشانی اخلاقی	۵۸۲/۸۱	۱۰۱/۳۶	۵۸۲/۸۱	۱۷۴/۸۱	۳/۳۳	۰/۰۳	۰/۸۴

نتایج جدول ۲ نشان داد که آماره F برای مؤلفه پریشانی اخلاقی (۳/۳۳)، معنی دار بود. که نشان می‌دهد این تفاوت در جامعه بزرگ و قابل توجه بود. برای بررسی میانگین گروه‌ها در هر یک از مؤلفه پریشانی اخلاقی، در جدول ۳ میانگین‌های تصحیح شده گزارش شد.

جدول ۳. میانگین‌های برآورد شده نهایی مؤلفه پریشانی اخلاقی در گروه پرستاران مرد و زن

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
پریشانی اخلاقی	مرد	۳۷/۸۳	۱۱/۴۷	۱/۸۲	۰/۰۰۱
	زن	۳۰/۴۲			

با توجه به جدول ۳ میانگین گروه پرستاران مرد در مؤلفه پریشانی اخلاقی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین پرستاران زن بود. با توجه به یافته‌ها فرضیه پژوهش تأیید شد و می‌توان گفت که پریشانی اخلاقی پرستاران مرد و زن منطقه ۶ تهران با هم متفاوت است.

برای بررسی زیرمقیاس‌های ناگویی خلقی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی) در پرستاران مرد و زن، از تحلیل کوواریانس چند متغیری یک راهه استفاده شد. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری گزارش شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به مؤلفه‌های ناگویی خلقی در گروه پرستاران مرد و زن

آزمون	مقدار	F	d.f1	d.f1	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلاتی	۰/۹۷	۷۵۹/۸۰	۳	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
لامدای ویکلز	۰/۰۲	۷۵۹/۸۰	۳	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
اثر هوتلینگ	۴۰/۷۰	۷۵۹/۸۰	۳	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴۰/۷۰	۷۵۹/۸۰	۳	۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷

با توجه به جدول ۴، آماره F تحلیل کوواریانس چند متغیری بررسی تفاوت گروه پرستاران مرد و زن در متغیر ترکیبی ناگویی خلقی در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود ($Wilks' \Lambda = 0.02$, $F = 759.80$, $p < 0.001$). بنابراین می‌توان گفت که بین پرستاران مرد و زن در متغیر ترکیبی ناگویی خلقی در نمرات،

تفاوت معنی‌داری وجود داشت. برای بررسی اینکه پرستاران مرد و زن در کدام یک از مؤلفه‌های ناگویی خلقی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه گزارش شد.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه تفاوت گروه پرستاران مرد و زن در مؤلفه‌های ناگویی خلقی

مؤلفه	SS آزمایشی	خطا SS	MS آزمایشی	خطا MS	F	p	اندازه اثر
دشواری در شناسایی احساسات	۳۴۵/۶۰	۸۸۲/۸۰	۳۴۵/۶۰	۱۵/۲۲	۲۲/۷۰	۰/۰۲	۰/۹۸
دشواری در توصیف احساسات	۱۰۶/۶۶	۹۲۱/۹۳	۱۰۶/۶۶	۱۵/۸۹	۶/۷۱	۰/۰۱	۰/۹۸
تفکر عینی	۴۸۱/۶۶	۷۳۹/۶۶	۴۸۱/۶۶	۱۲/۷۵	۳۷/۷۶	۰/۰۰	۰/۹۸

با توجه به جدول ۵ آماره F برای مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات (۲۲/۷۰)، دشواری در توصیف احساسات (۶/۷۱) و تفکر عینی (۳۷/۷۶)، بود که نشان داد این تفاوت در جامعه بزرگ و معنی‌دار بود. برای بررسی میانگین گروه‌ها در هر یک از مؤلفه‌های ناگویی خلقی، در جدول ۶ میانگین‌های تصحیح شده گزارش شد.

جدول ۶. میانگین‌های برآورد شده نهایی مؤلفه‌های ناگویی خلقی در گروه پرستاران مرد و زن

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
دشواری در شناسایی احساسات	مرد	۲۱/۸۰	۴/۸۰	۱/۸۲	۰/۰۱
	زن	۱۷/۰۱			
دشواری در توصیف احساسات	مرد	۲۱/۰۳	۳/۳۴	۳/۳۲	۰/۰۱
	زن	۱۸/۳۷			
تفکر عینی	مرد	۲۲/۵۰	۶/۳۳	۲/۹۲	۰/۰۱
	زن	۱۶/۸۳			

با توجه به جدول ۶ میانگین گروه پرستاران مرد در مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین گروه پرستاران زن بود. با توجه به یافته‌ها فرضیه پژوهش تأیید شد و می‌توان گفت که ناگویی خلقی پرستاران مرد و زن منطقه ۶ تهران با هم متفاوت است.

بحث

برای بررسی تفاوت پریشانی اخلاقی در پرستاران مرد و زن، از تحلیل کوواریانس چند متغیری یک راه استفاده شد. نتایج نشان داد که بررسی همگنی واریانس مؤلفه پریشانی اخلاقی در گروه پرستاران مرد و زن معنی‌دار بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس مؤلفه پریشانی اخلاقی گروه‌ها برابر یا همگن است. آماره برای پریشانی اخلاقی (۳۳/۳) معنی‌دار بود. میانگین گروه پرستاران مرد در مؤلفه پریشانی اخلاقی به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین پرستاران زن بود. با توجه به یافته‌ها فرضیه تأیید شد و می‌توان گفت که پریشانی اخلاقی پرستاران مرد و زن منطقه ۶ تهران با هم متفاوت است.

نتایج این تحقیق نشان داد که پرستاران مرد و زن در پریشانی اخلاقی تفاوت‌های چشمگیری دارند. این نتایج ممکن است به

دلیل تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و حرفه‌ای میان پرستاران مرد و زن باشد. به علاوه، تفاوت در ناگویی خلقی نیز نشان‌دهنده این است که مردان ممکن است در شناسایی و توصیف احساسات خود کمتر با مشکل روبه‌رو باشند، که می‌تواند بر رفتارهای حرفه‌ای آن‌ها تأثیر بگذارد.

پریشانی اخلاقی، حالتی است که فرد به دلیل تضاد میان اصول اخلاقی و الزامات کاری دچار ناتوانی و آشفتگی می‌شود. این وضعیت در محیط‌های مراقبتی مانند بیمارستان‌ها، جایی که تصمیم‌گیری‌های حساس و چالش‌برانگیز اجتناب‌ناپذیر است، بیشتر مشاهده می‌شود. نظریه‌های اخلاقی و چارچوب‌های تصمیم‌گیری به تحلیل این متغیر کمک شایانی می‌کنند. پریشانی اخلاقی به زمانی اطلاق می‌شود که فرد با تعارضات اخلاقی در محیط کاری خود مواجه می‌شود و احساس می‌کند که نمی‌تواند تصمیم اخلاقی درستی بگیرد. در حرفه پرستاری، پرستاران به دلیل مواجهه با شرایط پیچیده درمانی، اغلب با مسائل اخلاقی دست و پنجه نرم می‌کنند.

پرستاران در مواقعی که تصمیم‌های دشوار بالینی را باید اتخاذ کنند، ممکن است با پریشانی اخلاقی روبه‌رو شوند. این موضوع می‌تواند منجر به کاهش کیفیت مراقبت و نارضایتی شغلی شود (۳۱). پریشانی اخلاقی در پرستاران به ویژه در مواقعی که آن‌ها

با تعارضات اخلاقی بین آنچه باید انجام دهند و آنچه قادر به انجام آن هستند، روبه‌رو می‌شوند، بروز پیدا می‌کند. وقتی پرستاران نمی‌توانند تصمیمات اخلاقی صحیح را اتخاذ کنند یا تحت شرایط فشار و محدودیت‌های محیط کاری نمی‌توانند بهترین تصمیمات را بگیرند، این احساس پریشانی اخلاقی باعث کاهش کیفیت مراقبت و رضایت از شغل می‌شود (۳۲).

پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که پریشانی اخلاقی تأثیر منفی زیادی بر سلامت روانی و حرفه‌ای پرستاران دارد. در این مطالعات، پرستارانی که در محیط‌های شغلی با چالش‌های اخلاقی زیاد کار می‌کنند، نسبت به همکاران خود که کمتر درگیر این مسائل هستند، سطح بالاتری از استرس، افسردگی و فرسودگی شغلی را تجربه می‌کنند. همچنین این احساس پریشانی می‌تواند بر عملکرد کاری آنها تأثیر منفی بگذارد و باعث کاهش رضایت شغلی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی گردد (۳۳). پریشانی اخلاقی ارتباط مستقیمی با فرسودگی شغلی در پرستاران دارد. پرستارانی که در معرض موقعیت‌های اخلاقی پیچیده قرار می‌گیرند، بیشتر دچار فرسودگی شغلی می‌شوند و از لحاظ روانی و جسمی تحت فشار بیشتری هستند.

زنان بیشتر از مردان در محیط‌های پرتنش پرستاری به پریشانی اخلاقی دچار می‌شوند. نشان داده شده که مردان پرستار بیشتر از روش‌های تحلیلی و حل مسئله برای مقابله با فشارهای اخلاقی استفاده می‌کنند، در حالی که زنان بیشتر تحت تأثیر احساسات قرار می‌گیرند. این تفاوت‌ها به‌ویژه در مواقع بحران و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پرستاری نمایان می‌شود (۳۴). تفاوت‌های جنسیتی در تجربه پریشانی اخلاقی در پرستاران نشان داده که زنان پرستار در مقایسه با مردان بیشتر در معرض پریشانی اخلاقی قرار دارند. به‌ویژه در شرایطی که نیاز به تصمیمات اخلاقی پیچیده بود، زنان در مقایسه با مردان فشار بیشتری را تحمل کردند.

تفاوت‌های جنسیتی تأثیر زیادی بر تجربه پریشانی اخلاقی و استرس شغلی پرستاران دارد. مردان به طور کلی با استفاده از استراتژی‌های تحلیلی و حل مسئله می‌توانند بهتر با فشارهای شغلی و اخلاقی مقابله کنند، در حالی که زنان بیشتر تحت تأثیر

احساسات قرار می‌گیرند و به‌ویژه در موقعیت‌های بحرانی با چالش‌های بیشتری مواجه هستند. عوامل فرهنگی، اجتماعی و جنسیتی تأثیرگذار بر این تفاوت‌ها هستند و این موضوع می‌تواند بر کیفیت تصمیم‌گیری‌ها و عملکرد شغلی پرستاران اثر بگذارد. همچنین، آموزش‌های مدیریت هیجانی و افزایش مهارت‌های ارتباطی در پرستاران زن می‌تواند به کاهش ناگویی هیجانی و بهبود کیفیت مراقبت‌ها کمک کند.

پریشانی اخلاقی به عنوان یک مشکل عمده در حرفه پرستاری شایع است و می‌تواند تأثیرات زیادی بر کیفیت مراقبت و سلامت روانی پرستاران داشته باشد. این مسئله می‌تواند منجر به کاهش رضایت شغلی، کاهش ماندگاری در شغل، و کاهش کیفیت ارتباطات با بیماران و خانواده‌ها شود. در این میان، سطوح بالای پریشانی اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل مسئولیت‌های پیچیده پرستاران در مواجهه با بیماران بدحال، شایع‌تر است.

برای بررسی تفاوت‌های زیرمقیاس‌های ناگویی خلقی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تفکر عینی) در پرستاران مرد و زن، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری یک راه استفاده شد. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس دشواری در شناسایی (۲۲/۳)، دشواری در توصیف احساسات (۰/۲۹) و تفکر عینی (۰/۱۹) در گروه پرستاران مرد و زن معنی دار نبود بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس مؤلفه‌های ناگویی خلقی در گروه‌ها برابر یا همگن است. تحلیل کوواریانس چندمتغیری، بررسی تفاوت گروه پرستاران مرد و زن در متغیر ناگویی خلقی در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود. بنابراین می‌توان گفت که بین پرستاران مرد و زن در متغیر ترکیبی ناگویی خلقی در نمرات، تفاوت معناداری وجود داشت.

ناگویی خلقی یا الکسی‌تیمیا، به ناتوانی در شناسایی و بیان احساسات اطلاق می‌شود. این مفهوم از منظر نظریه دلبستگی بالبی و نظریه تنظیم هیجانی بررسی می‌شود و نشان می‌دهد که افراد مبتلا به ناگویی خلقی ممکن است در مدیریت روابط بین فردی و شرایط استرس‌زا با مشکل مواجه شوند. این ویژگی در

این تحقیق به وضوح نشان داد که کنترل هیجانات و پردازش صحیح آن می‌تواند به کاهش استرس و بهبود عملکرد شغلی در پرستاران کمک کند.

تفاوت‌های جنسیتی تأثیر زیادی بر تجربه ناگویی هیجانی پرستاران دارد. مردان به طور کلی با استفاده از استراتژی‌های تحلیلی و حل مسئله می‌توانند بهتر با فشارهای شغلی و اخلاقی مقابله کنند، در حالی که زنان بیشتر تحت تأثیر احساسات قرار می‌گیرند و به‌ویژه در موقعیت‌های بحرانی با چالش‌های بیشتری مواجه هستند. عوامل فرهنگی، اجتماعی و جنسیتی تأثیرگذار بر این تفاوت‌ها هستند و این موضوع می‌تواند بر کیفیت تصمیم‌گیری‌ها و عملکرد شغلی پرستاران اثر بگذارد. همچنین، آموزش‌های مدیریت هیجانی و افزایش مهارت‌های ارتباطی در پرستاران زن می‌تواند به کاهش ناگویی هیجانی و بهبود کیفیت مراقبت‌ها کمک کند.

ناتوانی در پردازش هیجانی و بیان احساسات در پرستاران می‌تواند موجب مشکلات در مدیریت هیجانات و در نتیجه بهداشت روانی پایین‌تر شود. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ممکن است در موقعیت‌های استرس‌زا و چالش‌برانگیز نتوانند احساسات خود را به درستی شناسایی و بیان کنند که می‌تواند باعث بروز اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و رفتارهای خودآسیب‌زننده شود.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران می-باشد. و دارای کد اخلاق به شناسه

IR.IAU.LIAU.REC.1403.115 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان می‌باشد."

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

پرستاران، به دلیل ماهیت شغل آن‌ها و نیاز به حفظ آرامش و خونسردی در شرایط بحرانی، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. ناگویی هیجانی به اختلال در بیان و شناسایی احساسات و عواطف خود گفته می‌شود. این اختلال می‌تواند بر نحوه تعامل پرستاران با بیماران و همکاران تأثیر بگذارد و در نهایت کیفیت مراقبت را تحت تأثیر قرار دهد.

پرستاران با ویژگی‌های ناگویی هیجانی بالا، در محیط‌های شغلی با فشار و استرس‌های زیاد، ممکن است دچار فرسودگی شغلی و مشکلات روانی بیشتری شوند. این افراد تمایل دارند احساسات خود را سرکوب کرده یا از بیان آن‌ها اجتناب کنند، که در نتیجه منجر به افزایش استرس و کاهش توانایی در مقابله با بحران‌ها می‌شود (۳۵). ناگویی هیجانی در پرستاران با کاهش عملکرد شغلی و افزایش خطاهای پزشکی ارتباط دارد، پرستارانی که نمی‌توانند به‌خوبی احساسات خود را شناسایی و بیان کنند، در موقعیت‌های پر فشار کاری به‌راحتی دچار اشتباهات می‌شوند که می‌تواند سلامت بیماران را تهدید کند (۳۶).

پرستاران دارای سطح بالای ناگویی خلقی به طور قابل توجهی بیشتر در معرض فرسودگی شغلی قرار دارند. عدم توانایی در بیان احساسات منجر به انزوای اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی کاری آنها شد. پرستاران با ناگویی خلقی بالا توانایی کمتری در ایجاد ارتباط مؤثر با بیماران دارند و این امر می‌تواند کیفیت مراقبت‌ها را کاهش دهد. آموزش مهارت‌های مدیریت هیجانات می‌تواند این اثرات منفی را کاهش دهد. همچنین، پرستاران با ناگویی خلقی بالا در ایجاد ارتباط مؤثر با بیماران ناکارآمدتر هستند. این امر می‌تواند باعث کاهش اعتماد بیماران و همکاری آنها شود پرستارانی با ناگویی خلقی بالا بیشتر در معرض تعارضات شغلی و ارتباطی هستند. مهارت‌های ارتباطی و روانی می‌تواند به کاهش این تعارضات کمک کند.

پرستاران مرد کمتر از زنان در معرض ناگویی هیجانی قرار دارند و به همین دلیل، استرس کمتری را تجربه می‌کنند. پرستاران مرد توانستند به‌خوبی هیجانات خود را کنترل کنند و در نتیجه، کیفیت کار بالاتری داشته باشند. در مقابل، زنان به دلیل ناگویی هیجانی بیشتر، بیشتر تحت تأثیر استرس‌های شغلی قرار گرفتند.

References

1. Seňová AA, Antořová M. Work stress as a worldwide problem in present time. *Procedia Soc Behav Sci* 2014;109:312- 16.
2. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 15-31.
3. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: a review of the argument- based nursing ethics literature. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 131-52.
4. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics*. 2017; 24(4): 474-482. [Persian]
5. Rahmanian A, Mirzaei T, Sabzevari S. The relationship between moral development and moral distress in nurses at Bam University of Medical Sciences. *Journal of Education and Ethics in Nursing*. 2019; 8(3&4): 37-43.
6. Johnstone MJ, Hutchinson A. 'Moral distress'--time to abandon a flawed nursing construct? *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 5-14.
7. Corley M, Elswick R, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nur* 2001;33:250-56.
8. Zavotsky KE. Exploring the relationship between moral distress and coping in emergency nursing. *Adv Emerg Nurs J* 2016;38:133-46.
9. Radzvin LC. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA J* 2011;79:39-45.
10. Brazil K, Kassalainen S, Ploeg J, Marshall D. Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. *Soc Sci Med* 2010;71:1687-91.
11. Kilcoyne M, Dowling M. Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Aust J Adv Nurs* 2007;25:21-29.
12. Shakeriniya I. Moral distress: the latent stress in nursing. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011;4:26-35. [In Persian]
13. Christodoulou -Fella M, Middleton N, Papathanassoglou EDE, Karanikola MNK. Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. *BioMed Res Int*. 2017; 1908712.
14. Latimer AL, Otis MD, Flaherty C, Ross MA. A survey of moral distress and end of life care in mechanical circulatory support nurses. *Heart Lung*. 2020;50(1): 65 -70.
15. Mitton C, Peacock S, Storch J, Smith N, Cornelissen E. Moral distress among healthcare managers: conditions, consequences and potential responses. *Healthcare Policy*. 2010;6(2):99 -112. PMID: 22043226
16. Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum* 2007;23:16-29
17. Ashktorab T, Vaezi A. Moral distress: Evaluating nurses' experiences. *Iranian urnal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(1): 64-73. [Persian]
18. Barlem EL, Ramos FR. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics* 2015; 22(5): 608-15.
19. Cavinder C. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: an integrative review. *Adv Neonatal Care* 2014; 14(5): 322-8.
20. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq* 2013; 10(3): 297-308.
21. Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: a survey identifying predictors and potential interventions. *Int J Nurs Stud* 2016; 53: 39-49.
22. Sarkoohijabalbarez Z, Ghodousi A, Davaridolatabadi E. The relationship between professional autonomy and moral distress among nurses working in children's units and pediatric intensive care wards. *International Journal of Nursing Science*. 2017; 4(2):117-21.
23. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurse's distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5 (2):53-63. [Persian]
24. Franz M, Popp K, Schaefer R, Sitte W, Schneider C, Hardt J, et al. Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(1): 54-62.
25. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Compr Psychiatry* 1998; 39(6): 377-85

26. Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Jarvelin MR, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry* 2001; 42(6): 471-6.
27. Gunzelmann T, Kupfer J, Brahler E. Alexithymia in the elderly general population. *Compr Psychiatry* 2002; 43(1): 74-80.
28. Hobson H, Hogeveen J, Brewer R, Catmur C, Gordon B, Krueger F, et al. Language and alexithymia: Evidence for the role of the inferior frontal gyrus in acquired alexithymia. *Neuropsychol* 2018; 111: 229-40.
29. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom*. 2004;73:68-77
30. Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, Salmela-Kangas J, Huhtala H, Joukamaa M. Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *J Psychosom Res*. 2007;62: 657-665
31. Corley, M. C. (2005). "Moral distress and the workplace environment." *Journal of Nursing Administration*.
32. Corley, M. C. "Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda." *Nursing Ethics*, 2002.
33. Maben et al., 2010, "The role of work-related stress in nurse burnout and turnover." *Journal of Advanced Nursing*.
34. Parker, R., et al. (2018). "Gender Differences in Moral Distress in Nursing Practice." *Australian Journal of Nursing Practice*
35. Taylor et al., 2016, "Emotional intelligence and emotional processing in healthcare professionals." *Journal of Clinical Psychology*.
36. Engel et al., 2020, "Emotional intelligence and performance among healthcare workers." *Psychiatry Research*.

Original Article

Comparison of moral distress and alexithymia in male and female nurses

Received: 21/12/2024 - Accepted: 06/04/2024

Sima Alimohammadi leilehkouhi¹
Zahra Foroughi Kaldareh *²

¹ M.A, Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran. (Corresponding author)

Corresponding author : Zahra Foroughi Kaldareh, Assistant Professor, Department of Psychology, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

Email:
foroughi1399@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this research was to investigate moral distress, and alexithymia among male and female nurses in District 6 of Tehran
Methods: The study population consisted of all nurses working in hospitals in District 6 of Tehran in the year 2024. Using an exploratory approach and referencing similar previous studies, a sample size of 60 participants (30 female nurses and 30 male nurses) was determined. Participants were selected through simple random sampling and assigned to groups. The research instruments included Hamlin et al.'s Moral Distress Scale, and the Toronto Alexithymia Scale. The obtained data were analyzed in the descriptive statistics section using dispersion, frequency, and chart indices, and in the inferential statistics section using multivariate analysis of variance using SPSS version 26 software.

Results: The results showed that there was a significant difference between moral distress and alexithymia in male and female nurses at a significance level of less than 0.05. The average of the male nurses group in the components of moral distress, difficulty in identifying emotions, difficulty in describing emotions, and objective thinking was significantly higher than the average of the female nurses group.

Conclusion: Based on the results, there are significant differences in moral distress, and alexithymia between male and female nurses in District 6 of Tehran, highlighting the importance of these findings.

Keywords: Moral Distress, Alexithymia, Nurses.